Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau
Direktor: Geh. Med. Rat Prof. Dr. Küttner

Über paralytische Hüftgelenksluxationen

Auszug aus einer Arbeit
zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und
Chirurgie der Medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Max Müller
Approb. Arzt aus Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

HOCHSCHULVERLAG BRESLAU

Schles. Buchdruckerei- und Verlagsgesellschaft m.b.H. (Karl Vater & Co.)
Breslau 10, Matthiasstraße 12.
1921

Berichterstatter:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau.

Das Vorkommen von Hüftgelenksluxationen als Folge von Lähmungszuständen einzelner Gruppen der pelvifemuralen Muskulatur wurde bis in die neueste Zeit als große Seltenheit angesehen; doch hat sich diese Meinung auf Grund zahlreicher Publikationen geändert. Als erster deutscher Forscher trat Karewski mit einer Arbeit über 7 Fälle von paralytischer Luxation der Hüfte vor die Öffentlichkeit. Auf den Ergebnissen seiner Arbeit basieren die Forschungen, die über die Luxatio paralytica seither angestellt worden sind, so die Arbeiten Böckers, Schultzes, Martins, Rehns, in jüngster Zeit die bahnbrechenden Veröffentlichungen von Riedinger und Künne.

6 Fälle von Lähmungen der Hüft- und Oberschenkelmuskulatur nach Poliomyelitis, die in der hiesigen chirurgischen Universitätsklinik, orthopädische Abteilung, zur Behandlung kamen, geben mir Gelegenheit, auf diese Affektion einzugehen.

Fall 1. Pakosch. 17 Jahre alt.

Diagnose: Poliomyelitis acuta anterior luetica. Hüftlähmung. Röntgenbild Nr. 1: links: Schenkelhals plump verdickt in der Gegend des Trochanteransatzes. Kopf in der Pfanne, in leichter Adduktionsstellung etwas über den Pfannenrand heraustretend. Tränenfigur beiderseits deutlich. Rechts: normal.

Fall 2. Schmidt. 11 Jahre alt.

Diagnose: Poliomyelitis. Lähmung des rechten Beines. Röntgenbild Nr. 2: rechter Schenkel in Adduktion. Schenkelhalsspitze über der Tränenfigur. Pfanne gut gewölbt, o. B., Kopf in der Pfanne, jedoch fast zur Hälfte unter dem Dach hervortretend.

Fall 3. Kachel. 10 Jahre alt.

Diagnose: Poliomyelitis. Lähmung des rechten Fußes. Coxitis. Röntgenbild Nr. 3: Rechts Coxa-valga-Stellung. Links erweiterte, unregelmäßig konturierte Pfanne, Tränenfigur undeutlich. Die Schenkelhalsspitze steht über dem unteren Punkte der Tränenfigur. Schenkelkopf abgeflacht, unregelmäßig konturiert, namentlich im unteren Teile stärker deformiert. Der Trochanter major ist unförmig groß und plump.

Fall 4. Faltin. 8 Jahre alt.

Diagnose: Poliomyelitis. Hüft- und Beinlähmung. Röntgenbild Nr. 4. Rechts: Pfannendach nach oben erweitert, abgeflacht, Kopf zur Hälfte aus der Pfanne tretend, Schenkelhalsspitze hoch über dem unteren Punkte der Tränenfigur, die unregelmäßig erscheint. Links: gut gewölbte, tiefe Pfanne, tief in sie hineingedrängt steht der Kopf, Schenkelhalsspitze tief unterhalb der deutlich gezeichneten Tränenfigur.

Fall 5. Rademacher. 23 Jahre alt.

Diagnose: Poliomyelitis. Hüft- und Beinlähmung. Röntgenbild Nr. 5. Rechts: Oberschenkel in Adduktion und Innenrotation. Kleine, unregelmäßige Pfanne, Dach abgeflacht nach oben ausgeweitet, steil aufwärts führend. Pfannengrund verdickt, Tränenfigur undeutlich. Kopf zum größten Teil außerhalb der Pfanne, nur der mittlere Teil stützt sich an das äußerste Ende des Pfannendaches. Links: Oberschenkel in Abduktion und Außenrotation. Kopf tief in der sehr umfangreichen Pfanne. Pfannendach abgeflacht, verdickt, Pfannengrund unregelmäßig, von Leisten und Furchen durchzogen. Tränenfigur deutlich, Schenkelhalsspitze tief unter ihr.

Fall 6. Spira. 11 Jahre alt.

Diagnose: Poliomyelitis. Luxatio paralytica iliaca sinistra. Röntgenbild Nr. 6. Links: Pfannendach fehlt; an seiner Stelle stark nach oben steigende unregelmäßige, zackig konturierte Fläche. Gegend des Y-Knorpels verdickt, im Pfannengrunde unregelmäßige Leisten und Furchen. Kopf hoch außerhalb und über der normalen Pfanne. Rechts: normaler Befund.

Als Richtlinien für die Zusammenstellung der Fälle dienten mir die Röntgenbilder mit ihren Ergebnissen über die pathologisch-anatomischen Veränderungen des betreffenden Gelenks. Sie weisen in ihrer Reihenfolge eine augenfällige Steigerung der pathologischen Erscheinungen bei annähernd gleichem klinischen Befunde auf. Bei allen 6 Kranken ist in früher Jugend ein einwandfreies Gehen festgestellt, sodaß der Einwurf, daß kongenitale Affektionen vorliegen könnten, hinfällig ist. Die Zeit, die seit Auftreten der Lähmung bis zum Beginn der orthopädischen Behandlung verflossen ist, beträgt 2, $2^1/_2$, 5, 6, 13, 8 Jahre, sodaß ich die Annahme für berechtigt halte, daß die hier vorgeführten Fälle verschiedene Krankheitsstufen darstellen, vom kaum merkbaren Heraustreten des Kopfes aus der Pfanne bis zur kompletten Luxation. Dem Heraustreten des Kopfes ist völlige Zerstörung des Pfannenrandes vorausgegangen, und ich stehe auf Grund dieses Befundes auf dem Standpunkte, daß eine Luxatio paralytica überhaupt erst möglich ist, wenn der Pfannenrand ausgiebig zerstört ist, wobei rein mechanische Insulte wirken. Der Kopf, der in normalen Verhältnissen durch die Muskeln, die Gelenkbänder, die Gelenkkapsel, in der Pfanne fixiert, durch den physiologischen Druck zur normalen Gestaltung der Pfanne beiträgt, wird, im Falle einer Lähmung von Muskelgruppen, durch zwei Kraftrichtungen beeinflußt: 1. die intakten Antagonisten der gelähmten Muskeln haben die Tendenz, den Kopf aus der Pfanne zu ziehen. 2. Der Bandapparat drückt den Kopf in der Richtung seiner Achse in die Pfanne. Aus diesen beiden Kräften entsteht eine Resultierende, die den Kopf gegen die seitliche Pfannenbegrenzung andrückt, wo er erst eindrückt, dann zerstört. Diese meine Annahme findet bei Vergleich mit den Röntgenbildern in Künnes Arbeit über paralytische und spastische Hüftgelenksluxationen (Archiv f. Orthop. etc. Bd. 13) ihre Bestätigung. Fall 4 und 5 weisen die Merkmale auf, wie wir sie bei der von Schultze beschriebenen, besonders auf mechanische Weise zur Luxatio paralytica führenden Zwangs- und Gewohnheitshaltung finden.

Er sagt: „Eine Haltung, bei der beide Beine in Beugestellung nach einer Seite hinübergelegt werden, begünstigt die Entstehung einer Luxatio iliaca des oberen, einer Luxatio infrapubica des unteren Beines.“ Je größer das Übergewicht der intakten Muskeln über die gelähmten oder abgeschwächten ist, um so intensiver ist die Wirkung der Minierarbeit des Kopfes.

Die Prognose ist, sobald die Kranken sich zur Korrektur bequemen, gut. Therapeutische Maßnahmen sind: die unblutige oder blutige Reprosition nach Karewski.

Herrn Privatdozent Dr. Weil, orthopädische Abteilung der Klinik, sei an dieser Stelle nochmals aufrichtigst für die liebenswürdige Unterstützung am Zustandekommen meiner Arbeit gedankt.